

3. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si califica para recibir servicios expresos de Asistencia Alimenticia en siete (7) días o menos.

- ¿Usted es un trabajador de temporada o migratorio? Sí No
- ¿Cuáles son sus ingresos totales familiares al mes, antes de pagar impuestos? (Incluyendo ingresos no salariales como el Soporte Financiero Infantil, Seguro Social, Seguro por Desempleo, etc.)
.....\$ _____
- ¿Cuánto dinero en efectivo tiene, y en su banco o cuenta Credit Union?\$ _____
- ¿Cuál es el costo mensual de los gastos de su vivienda (hipoteca, renta, otros)? \$ _____
- Marque con una "X" todos los servicios públicos que usted es responsable por pagar: ___ Calefacción ___ Aire Acondicionado ___ Ventilador Eléctrico ___ Agua/alcantarilla ___ Basura ___ Teléfono.
- ¿Ha solicitado, o recibido, asistencia del programa HEAT en los últimos 12 meses? Sí No

Los hogares siguientes pueden recibir servicio acelerado:

- Los hogares que tienen ingresos brutos mensuales y recursos disponibles que juntos son menos que el costo de servicios públicos mensuales junto con su renta o hipoteca.
- Algunos hogares con trabajadores temporeros o itinerantes que trabajan a ranchos.
- Los hogares con ingresos brutos mensuales que son menos de \$150 y recursos disponibles (como dinero, o cuentas de cheque o de ahorro) que son no más de \$100.

Favor de informarnos si usted no está de acuerdo con nuestra determinación en su caso acerca de Asistencia Alimenticia acelerada, y se programará una reunión con usted dentro de dos (2) días.

4. Empezando con usted, escriba la información a continuación sobre cada persona que vive con usted y que solicita asistencia:

Nombre	Número de Seguro Social	Edad y Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de los EE.UU.? Sí/ No	Parentesco	¿Estudiante? Sí/ No	Etnicidad *Véase abajo	Raza ** Véase abajo	Sexo	Estado Civil
				Yo mismo					

*Etnicidad

H = Hispano o Latino
N = No Hispano o Latino

**Raza

AI = Indio Americano o Nativo de Alaska
AS = Asiático
BL = Negro o Afro Americano

PI = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
WH = Blanco

- 5. ¿Es usted o alguna persona que solicita con usted residentes de Utah?..... Sí No
- 6. ¿Tiene usted o alguna de las personas solicitando con usted un representante autorizado, o alguien que tenga una carta poder para representarle? Sí No
- 7. ¿Vive usted o alguna de las personas solicitando con usted en alguna de las siguientes instituciones? Sí No
 Hospital Albergue Centro de Rehabilitación por uso de Drogas
 Casa Hogar Hogar para Ancianos o Minusválidos Cárcel – Si su respuesta es sí,
 ¿Puesto en libertad condicional para trabajar? Sí No
- 8. ¿Es usted o alguna de las personas solicitando con usted un fugitivo de la ley?..... Sí No

Sólo para la Oficina

____ Within 90 days for retro medical

Sólo para la Oficina

9. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han solicitado y/o recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? Sí No

Nombre:	Tipo de Asistencia:	¿Dónde?	¿Cuándo?

10. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han sido recientemente descalificados del Programa de Asistencia Alimenticia por alguna violación al programa? Sí No

11. ¿Hay más personas que vivan con usted y que no soliciten asistencia pública?
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

Nombre:

Parentesco con usted:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

13. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted está embarazada? Sí No
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s): _____ y
la fecha aproximada del parto: _____

14. ¿Es usted o alguna de las personas solicitando con usted incapaz de trabajar? Sí No
Si su respuesta es sí, ¿Quién? _____

15. Si solicita Asistencia Alimenticia, no se requiere contestar esta pregunta.
¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es un excombatiente? Sí No

Bienes Personales:

16. ¿Posee usted o alguna de las personas solicitando con usted alguno de los siguientes bienes financieros?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$ _____ Cuenta Bancaria de Cheques | <input type="checkbox"/> Certificados a Largo Plazo |
| <input type="checkbox"/> \$ _____ Cuenta Bancaria de Ahorros o cuenta Credit Union | <input type="checkbox"/> 401-K |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Pensión por Jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> Fondos de Inversión |
| <input type="checkbox"/> Acciones | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

17. Anote todos los vehículos de que usted o alguna persona solicitando con usted es dueño. Algunos ejemplos son automóviles, camionetas, barcos o otro tipo de nave acuática, motocicletas, motos para nieve, casas móviles, ATV's, etc.:

Dueño(s) Registrado	Tipo de Vehículo	Marca	Año	¿Regi- strado? Sí/ No	Estado	Cantidad Adeudada
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

_____ Alien #
_____ Roomer
_____ Boarder
_____ Purchase & prepare
_____ Strike

_____ Within 90 days for retro medical
_____ If pregnant and applying for medical, ask about tobacco use
_____ Disabled Status
_____ Duration
_____ Cancer Program

_____ Complete tobacco survey if needed

Asset Details

_____ Sold, traded or given away any resources in last 30 days.

_____ Vehicle use

Sólo para la Oficina

18. ¿Posee usted o alguna de las personas solicitando con usted algunos de los siguientes bienes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Tierras |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Derechos Minerales |
| <input type="checkbox"/> Plan Funeral/ Fondos Fúnebres | <input type="checkbox"/> Lotes Fúnebres |
| <input type="checkbox"/> Autocaravanas | <input type="checkbox"/> Casa Remolque/ Remolques |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Tiempos Compartidos | <input type="checkbox"/> Ganado |
| <input type="checkbox"/> Herramientas | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Renta | <input type="checkbox"/> Ninguno |

19. ¿Posee usted o alguna de las personas solicitando con usted algunos de los siguientes ingresos No Salariales?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pagos por Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral |
| <input type="checkbox"/> Pagos Por Desempleo (UI) | <input type="checkbox"/> Asistencia a Veteranos Militares |
| <input type="checkbox"/> Soporte Financiero Infantil | <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Suma Total | <input type="checkbox"/> Herencias |
| <input type="checkbox"/> Liquidaciones | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera Escolar | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Income Details

____ Cash contribution
 ____ Ever received or stopped receiving SSI
 ____ Applied for unearned income

20. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han recibido ingresos salariales? Sí No
 Si su respuesta es sí, provea la información que se le pide a continuación:

Income Details

Nombre de la Persona Empleada	_____	Sueldo por Hora	\$ _____
Nombre del Empleador	_____	Número de horas que trabaja por semana	_____
Dueño de su Propio Negocio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sueldo por Mes	\$ _____
Nombre de la Persona Empleada	_____	Sueldo por Hora	\$ _____
Nombre del Empleador	_____	Número de horas que trabaja por semana	_____
Dueño de su Propio Negocio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sueldo por Mes	\$ _____

____ Last worked/ paid
 ____ Pay frequency
 ____ Work schedule
 ____ Changes in hours worked or earnings expected
 ____ Leave job or reduce hours in last 30 days.
 ____ Overlapping hours for 2-parent CC household

21. ¿Tiene usted o alguna de las personas solicitando con usted algunos de los siguientes gastos? (Estos gastos deben ser verificados para contar como deducciones).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soporte Financiero Infantil | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Total de Gastos \$ _____ mensuales

22. Anote todos los gastos del hogar que se apliquen a usted y/o a cualquier otra persona que solicita con usted:

Renta \$ _____ Hipoteca \$ _____ Segunda Hipoteca \$ _____ Espacio del Lote \$ _____
 Impuestos (Cantidad Anual) \$ _____ Seguro (Cantidad Anual) \$ _____ Otros \$ _____
 ¿Vivienda Subsidiada? Sí No

Sólo para la Oficina

____ Receive help paying rent or other expenses
 ____ How much
 ____ From whom
 ____ How meeting expenses
 ____ Homeless

23. ¿Tiene gastos de calefacción o refrigeración que son separados de su renta y/o hipoteca? Sí No

24. Llene la siguiente sección si solicita Asistencia Médica.

Marque la caja apropiada	Información de Seguro:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene actualmente alguien en su hogar seguro médico (se incluye asistencia del Sistema de Cuidado Médico para Veteranos)? o: -¿Tiene alguien seguro médico disponible el cual no ha obtenido? -¿Ha tenido alguien seguro médico que terminó en los últimos 6 meses? Si marca sí, favor de llenar la próxima sección. (No incluya Medicaid, Medicare, CHIP, o PCN.)
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó _____	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó _____	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____

Información sobre gran necesidad médica:

¿Tiene alguien en su hogar una gran necesidad médica?* Sí No Si marca si, ¿Quién? _____
 *Ser embarazada es una gran necesidad médica

Indique el tipo de incidente	Accidente, Asalto, u Otra Obligación: Si alguien en su hogar ha sido herido en un accidente, asalto, o alguna otra persona que esté obligada a pagar gastos médicos, complete esta sección.
<input type="checkbox"/> automovilístico <input type="checkbox"/> mordida de perro <input type="checkbox"/> asalto <input type="checkbox"/> caída <input type="checkbox"/> de trabajo <input type="checkbox"/> otro* <input type="checkbox"/> tratamiento erróneo	Nombre de la persona: _____ ¿Quién es responsable? _____ Fecha del Incidente: _____ Departamento de policía: _____ # de reporte de la policía: _____ Nombre del abogado: _____ # de teléfono: _____ *Explique otro: _____

Yo (escriba su nombre completo con letra de molde) _____, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en las siguientes cuatro páginas tituladas Derechos y Responsabilidades. Declaro que entiendo dicha información. Declaro, con el uso total de mis facultades mentales, que la información y/ o las respuestas que he dado en esta solicitud son correctas y completas. También, declaro que la información que he dado sobre el estatus legal de mi ciudadanía en este país es correcta. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio e intencionalmente anoto información falsa en esta solicitud, o no reporto cambios en mi hogar.

Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anote en esta solicitud será verificada por agencias federales, estatales y locales. Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, recertificación de programas y auditorías con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (antiguamente llamado INS) y otras agencias federales y estatales. Su número de Seguridad Social podría ser compartido con otras agencias federales y estatales para reexaminación oficial, y con oficiales de la ley con el fin de detener a fugitivos de la ley. Esto también incluye investigaciones a cualquier otra organización o con individuos que podrían tener información acerca de la elegibilidad de usted y otros miembros de su hogar.

Firma, o Marca del Cliente

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (únicamente para Asistencia Alimenticia)

La siguiente autorización para dar información médica es opcional y el no firmar no afectará sus beneficios médicos. Yo autorizo DWS usar cualquier información obtenida específicamente para elegibilidad de asistencia médica, incluyendo información médica proveída por una tercera parte para asistir con me plan de empleo. Esta autorización es efectiva por el periodo de tiempo en que yo reciba servicios de consejo de empleo de DWS.

Firma

Fecha

- Favor de devolver su solicitud al Centro de Empleo más cercano a usted, o por correo o fax al **Centralized Imaging Unit**
P.O. Box 143245
Salt Lake City, UT 84114-3245
Fax: (801) 526-9505
Tel: (888) 522-9505 (gratuita)
- Forma de Registro para Votar: Si usted no se ha registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar y registrarse aquí hoy para votar?..... Sí No (Si no contesta esta pregunta y deja la respuesta en blanco, asumiremos que en esta ocasión usted decidió no registrarse para votar).
- Si desea recibir ayuda para llenar la forma de registro para votar, nosotros podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar la forma de registro en privado. El registrarse o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia pública que recibirá.
- Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe registrarse, o solicitar registrarse para votar, o su derecho en escoger su partido político o preferencia política, usted puede levantar una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

FOR OFFICE USE ONLY

EBT Card

Office Pathway

Customer Education

CC Name of School, Traditional or Year Round

Medical Handouts

CC Training/Classs Schedules

Rights and Responsibilities

CC Training Completion Date____Within 2 years

Department of Workforce Services
Asistencia Financiera, Médica, Y Alimenticia
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de recibir un trato cortés, digno y respetuoso.
- Usted tiene el derecho de un intérprete.
- De acuerdo con la ley federal, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento para la Salud y los Servicios Humanos (DHHS), se nos prohíbe la discriminación basada en la raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.
 - Bajo el Acta de Asistencia Alimenticia y la póliza de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida.
 - Para hacer una demanda de discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba al Director de USDA, Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) Oficina 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW. Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba al Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) oficina 506-F, 200 Independence Avenue, SW. Washington, D.C. 20201, o llame al número (202) 619-0403 (voz) ó (202) 619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y compañías no discriminatorias.
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador responderá a la pregunta.
- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para programas que ofrece el Department of Workforce Services (DWS). Las solicitudes para recibir CHIP, el programa de la Red de Cuidado Primario (Primary Care Network Program), y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante periodos de inscripción abierta.
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o negada, y también la razón por la decisión.
 - Para Asistencia Alimenticia - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
 - Para Medicaid, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de los primeros 30 días. Si su petición para Medicaid es por minusvalía, puede tomar hasta 90 días.
 - Para PCN/UPP/CHIP, se tomará una decisión dentro de 30 días.
- Usted tiene el derecho de saber si su asistencia es reducida o cancelada. En el caso de Asistencia Alimenticia, existe una excepción importante a esta norma. Si solicita Asistencia Financiera y Alimenticia, no recibirá una nota si se baja su cantidad de Asistencia Alimenticia si está aprobada para Asistencia Financiera.
- Si está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI a misma vez, la fecha de la entrega de su solicitud será la fecha cuando su salga de la institución.
- Usted cuenta con las siguientes opciones si no está de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso:
 - Hablar con su trabajador para asegurarse que no existen malos entendidos entre ustedes.
 - Hablar con el supervisor de su trabajador.
 - Comunicarse con la sección Atención al Cliente de DWS al 801-526-4390 o 800-331-4341.
 - Solicitar por escrito o oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia por escrito.
 - Servicios gratuitos de asesoría legal son disponibles por la agencia de Servicios Legales de Utah. Si está en Ogden, llame al 801-394-9431, en Salt Lake City al 801-328-8891, o sin costo al 800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar su privacidad en su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de fuerza para entrar a su hogar. DWS no puede visitarle en su hogar después de horas de trabajo sin antes programar una cita.
- El Department of Workforce Services, o alguien por su parte, podría comunicarse con usted para preguntarle de la eficacia de los servicios recibidos.
- Usted tiene el derecho del acceso a la información registrada en su caso.
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo registrarse para votar, y si lo requiere, puede solicitar ayuda para completar los formularios para el registro de elector.
- La información que provea en su solicitud podrá compartirse con oficiales de la ley, con el fin de detener a fugitivos de la ley.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe reportar todos los cambios que afecten su elegibilidad para programas de Asistencia Pública. Una vez que su solicitud es aprobada, su trabajador le proveerá información específica sobre los cambios que debe reportar.
- Usted debe proporcionar el Número de Seguridad Social de todas las personas en su hogar que solicitan asistencia pública, excepto el programa de Asistencia para el Cuidado Infantil. Si usted no tiene un Número de Seguridad Social, debe proveer un comprobante que verifique que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguridad Social.
- Usted tiene que cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita tener una entrevista y proporcionar la información necesaria para comprobar que califica para asistencia pública. Si no comprende los requisitos, o no puede proporcionar lo necesario, por favor comuníquese con su trabajador(a) social.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el soporte financiero infantil, apoyo médico, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia. El Soporte Financiero Infantil y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Si usted recibe Asistencia Médica, debe informar a DWS si cuenta con seguro médico. Es posible que sea necesario que se inscriba en un Plan de Salud del programa Medicaid.
- Los padres de familia tienen la responsabilidad de sostener a sus hijos menores de edad hasta que éstos logren su emancipación al cumplir 18 años, al casarse, o por mandato de una orden judicial. Es requerido que los padres de familia que reciben Asistencia Financiera, Médica, o para el Cuidado Infantil cumplan con las estipulaciones del Soporte Financiero Infantil y la Recaudación Financiera Médica
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a éste sus derechos de pago de una tercera parte y de subsidios para servicios médicos. Acepta entregar a UDOH cualquier dinero recolectado de cualquier póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos directamente a UDOH o a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera que realice pagos directamente a ellos. Usted acepta cooperar con el Estado de Utah al perseguir cualquier tercera parte que es responsable por gastos médicos.
- Autoriza a cualquier persona u organización a proporcionar registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al UDOH, División Financiera del Cuidado de la Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services podrá proporcionar a los proveedores de salud información sobre su elegibilidad para Asistencia Médica.
- Si recibe Asistencia Médica en cualquier momento mientras tenga 55 años o más, el Estado tiene la autoridad de recobrar de sus bienes todo el dinero gastado para cubrir sus cuentas médicas.
- Usted está de acuerdo en que la asistencia que reciba bajo cualquier programa médico se limitará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Proveedores escrito por el Department of Salud. Entiende que la asistencia por la que ha calificado puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier honorario (co-pays) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos honorarios.
- Todos los niños inscritos en el programa de Medicaid también serán inscritos automáticamente al Sistema de Información y Vacunación del Estado de Utah (USIIS). Si no desea que su niño(a) sea agregado a este sistema, llame a la Línea de Información USIIS al número 801-538-6872, o a la línea de acceso directo del Sistema de Vacunación al 1-800-275-0659.
- Si usted recibe asistencia pública sin haber calificado apropiadamente, deberá devolver la cantidad completa.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil que no necesita licencia, el estado de Utah no regulará o monitoreará el cuidado infantil. Le podemos dar más información acerca de cómo escoger un buen proveedor de cuidado infantil.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- Todas las personas solicitando Asistencia Pública deben saber que tanto su Número de Seguridad Social como cualquier otra información que proporcionan estará sujeta a una verificación por el sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos del Estado. DWS utilizará el método de concordancia electrónica para asegurar que su hogar cumpla con los requisitos de elegibilidad necesarios para recibir Asistencia Alimenticia y otros programas de asistencia pública federal. DWS, el Departamento de Seguridad Nacional, la Administración de Seguridad Social (SSA) y la agencia de Servicios de Ingresos Internos (IRS) llevarán a cabo verificaciones computarizada, evaluaciones de programas, y auditorías. También, llevarán a cabo investigaciones a instituciones bancarias y de prestamos, y a otras organizaciones y personas que puedan contar con información sobre su elegibilidad y la de otras personas en su hogar.
- La concordancia electrónica se llevará a cabo cuando entregue su solicitud y después de empezar a recibir asistencia. Su asistencia alimenticia, financiera, médica, y para el cuidado infantil puede ser reducida, no aprobada, o cancelada de acuerdo con la información obtenida.

INFORMACIÓN QUE DEBE SABER

- Al determinar su elegibilidad, no contamos todos sus ingresos. Sus ingresos NO son deducidos dólar por dólar de su asistencia. Cada programa cuenta con maneras diferentes de calcular ingresos. Para obtener información detallada sobre el proceso de elegibilidad para cada programa, comuníquese con un Asesor de Empleo.
- Cuando sus ingresos aumenten lo suficiente y ya no califique para recibir asistencia financiera, usted podrá continuar recibiendo asistencia médica, alimenticia, y para el cuidado infantil si cumple con ciertos requisitos. Para mayor información, hable con su Asesor de Empleos en la oficina de DWS.
- La Asistencia para el Cuidado Infantil intenta ayudar a cubrir los gastos por el servicio de cuidado infantil. Es posible que esta asistencia no cubra el costo total del cuidado. Si no usa esta asistencia para cubrir los gastos por el cuidado infantil, tendrá que devolver el dinero a DWS. De acuerdo al tipo de proveedor que escoja, recibirá un cheque de dos firmas o una transferencia de fondos al nombre de su proveedor por su cuenta Utah Horizon.
- Es posible que reciba pagos por medio de su tarjeta Utah Horizon. Esta tarjeta está protegida por un Número de Identificación Personal (PIN). Si usted da su tarjeta y número PIN a alguna persona, usted será totalmente responsable por cualquier retiro de su cuenta. Si pierde o le roba su tarjeta, repórtelo a DWS inmediatamente. Usted será responsable por cualquier retiro a su cuenta durante el tiempo que no reporte su tarjeta perdida o robada a DWS.

OBEDEZCA LAS REGLAS DE LOS PROGRAMAS

- Todos los miembros de su hogar tienen que obedecer las reglas y proveer información correcta y completa. No comparta su Asistencia Alimenticia con otras personas que no tengan el derecho de usarla, y no compre artículos ineligibles. No utilice la Asistencia Alimenticia de otras personas, a menos que usted sea el representante autorizado.
- Si desobedece cualquier de estas reglas, podría ser descalificado y no recibiría Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil.
 - La primera vez que viole las reglas, podría no recibir asistencia durante 12 meses.
 - La segunda vez, sería descalificado durante 24 meses.
 - La tercera vez, sería descalificado permanentemente del programa de Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil. También, sería procesado bajo otras leyes.
 - Haría una multa de hasta \$250,000, o podría ir a la cárcel hasta 20 años.
- El proporcionar información falsa intencionalmente o la participación fraudulenta resultará en una acción criminal o civil, y/u originará demandas administrativas.
- Si utiliza Asistencia Alimenticia para comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o medicinas que requieren receta médica) será descalificado del programa de Asistencia Alimenticia durante 24 meses la primera vez, y permanentemente la segunda vez.
- Si utiliza Asistencia Alimenticia para comprar y vender armas de fuego, municiones o explosivos, usted será descalificado del programa de Asistencia Alimenticia permanentemente.
- Usted será descalificado permanentemente del programa de Asistencia Alimenticia si usted es convicto por traficar Asistencia Alimenticia en la cantidad de \$500.00 dólares o más.
- Si usted venda la comida que compró con su Asistencia Alimenticia, usted será descalificado del programa de Asistencia Alimenticia durante 12 meses por la primera infracción, y 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por otra infracción.
- Usted será descalificado para recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil 10 años la primera y segunda infracción que haga declaraciones falsas sobre su identidad y domicilio con la intención de recolectar múltiples casos de asistencia pública. Por la tercera infracción, será descalificado permanentemente.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU TARJETA MÉDICA

- Usted recibirá una tarjeta médica mensualmente durante los meses que califique. Su tarjeta sirve como prueba de que usted califica para recibir atención médica.
 - Guarde su tarjeta en un lugar seguro.
 - Asegúrese de siempre llevar consigo su tarjeta médica antes de recibir servicios médicos.
 - Si pierde su tarjeta médica, repórtelo a su oficina local de DWS y se le enviará otra por correo.
 - Utilice la tarjeta médica sólo para la persona para la que fue expedida. No permita que nadie más la utilice.
 - Cuando reciba atención médica pregunte si los gastos serán cubiertos por Medicaid. Si la respuesta es no, usted será responsable de cubrir los gastos.
- Usted debe recibir medicinas genéricas, en vez de medicina de marca prestigiada.
 - Medicaid no pagará el precio de medicinas de marca prestigiada, a menos que el doctor las recete y anote la aclaración que no pueden ser substituidas (Do Not Substitute). El doctor tendrá que explicar por qué la medicina genérica no es aceptable.

- El programa Medicaid es la última alternativa para cubrir sus gastos médicos. Esto quiere decir que cualquier otro método de pago a su disposición debe ser utilizado antes de Medicaid. Medicaid no cubrirá sus gastos médicos sino hasta agotar otros recursos como Medicare, seguro médico privado, seguros automovilísticos o contra accidentes. Si alguna persona es responsable de pagar por su cuidado médico, como su cónyuge, padres de familia, o la persona que causó el accidente, esa persona será responsable por pagar primero.
- El programa Medicaid enviará los pagos directamente a los doctores o proveedores médicos. Si los servicios médicos recibidos son cubiertos por el programa Medicaid, los proveedores médicos no deberán mandarle cuentas médicas directamente a usted, a menos que use el gasto médico como Desembolso para Calificación Médica (spenddown).
- Doctores y proveedores médicos podrán compartir información sobre su salud con DWS. DWS podrá proporcionar información sobre su estatus de elegibilidad médica a proveedores de servicio de salud. Cuando firmó la solicitud de servicios, usted acordó aceptar el intercambio de información.
- El Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) puede proporcionar exámenes médicos para sus hijos. Para mayor información sobre el programa CHIP, favor de hablar con su Asesor de Empleos.
- Todas las personas que solicitan asistencia para niños dependientes recibirán información acerca del Programa de Evaluación y Cuidado de la Salud de Niños (CHEC).
- Cuotas – una cuota es un honorario que le cobrarán un recipiente de Medicaid para algunos servicios de Medicaid. Los recipientes tendrán que pagar la cuota directamente al proveedor de Medicaid al momento del servicio. Las personas siguientes no tienen que pagar las cuotas:
 - - Niños menores de 18 años
 - - Mujeres embarazadas (verificada con su trabajador)
 - - Residentes de un hogar de ancianos o una institución medical
 - - Individuos con ingresos brutos en su hogar menos que el nivel de pagos FEP, según el tamaño de su hogar (los pagos del FEP cuentan como ingresos.)
- Si la Oficina de Incapacidad Médica (Medical Disability Office) decide que usted está incapacitado, y después la oficina de Seguro Social determina lo contrario, su caso debe ser cancelado. Si usted decide apelar la decisión, su caso puede ser reactivado. Si padece de una nueva condición médica que no haya sido considerada originalmente, usted puede solicitar que la Oficina de Incapacidad Médica reevalúe su situación.
- Si debe un Desembolso para Calificación Médica o otra honorario para recibir asistencia médica, usted tiene que pagar esta cantidad a DWS para ser elegible. DWS no puede aceptar pagos de un proveedor de Medicaid para pagar el desembolso o honorario que usted debe. DWS aceptará pagos si el proveedor es su representante de beneficiario y se hace el pago con su fondo.
- Si hace un Desembolso para Calificación Médica (spenddown) y sus gastos médicos son menos que su desembolso, solicite un reembolso. El reembolso puede tomar hasta un año. Si usted debe alguna cantidad de dinero, DWS deducirá esa cantidad de su reembolso.
- Usted podría utilizar facturas médicas para cumplir con sus obligaciones de Desembolso para Calificación Médica. Si usted está inscrito en un plan médico de Medicaid, no podrá utilizar recibos para servicios médicos usados en el mismo mes que su tarjeta médica de Medicaid.
- Si ha pagado por, o cuenta con la habilidad de, pagar cualquiera de los siguientes servicios, informe a su Asesor de Empleos. Es posible que califique para recibir ciertas deducciones que disminuirán la cantidad de su Desembolso para Calificación Médica:
 - Primas de seguro de salud.
 - Facturas de gastos médicos necesarios para un miembro de la familia que no recibe asistencia médica por medio de Medicaid.
 - Facturas de gastos médicos necesarios que no pueden ser pagados por su compañía privada de seguro médico o Medicaid.
 - Aceptaremos facturas médicas o recetas por pagarse. Si éstas han sido pagadas, es posible que sean aceptadas dependiendo de la fecha en la que fueron pagadas.
- Información sobre usted y su caso es confidencial. DWS cuenta con reglas específicas sobre el tipo de información que puede ser compartida, y con quién se puede compartir. Por ejemplo, es posible que compartamos información sobre usted con otras agencias si éstas necesitan la información para administrar un programa de asistencia pública para ayudarle. De lo contrario, el violar este acuerdo constituye un delito menor Clase B, que tiene como pena una multa de por lo menos \$100 dólares, pero no más de \$1,000 dólares.